FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Louis MARQUER

Né le 24 juin 1872, à Saint-James (Manche)

Interne de l'Hôpital Saint-Michel

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT DE LA STÉNOSE CONGÉNITALE DU COL

Président : M. J.-L. FAURE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNAR
Médecine légale	BALTHAZARI
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOUR
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIR BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDAN
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHIAMPY	Histologie.
CHRAY	Pathologie médicale.
CLERC	
DEBRE	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
N...	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	
MOURE	
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique

M	
RETTERER	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.

MM.	
LERI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale
N...	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédi chez l'adulte pour les accidentés du vail, les mutilés de guerre et les infir adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises d les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs aute et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BROCA
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A MON MAITRE

LE DOCTEUR J. RECAMIER

CHIRUGIEN EN CHEF
DE L'HOPITAL ST-MICHEL

En témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon affectueux dévoûment

A MON MAITRE

DANS LES HOPITAUX DU HAVRE

LE DOCTEUR ROBERT SOREL

EX-CHIRURGIEN DE L'HOPITAL PASTEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR VICTOR PAUCHET

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS

CHIRUGIEN DE L'HOPITAL ST-MICHEL

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL PETIT-DUTAILLIS

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL ST-MICHEL

A MONSIEUR LE DOCTEUR STÉPHANE BONNET

(in memoriam)

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL ST-MICHEL

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

DE RENNES ET DU HAVRE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

DE PARIS

INTRODUCTION

Dans son traité de Gynécologie, Pozzi s'élève, avec raison, contre les interventions inconsidérées sur les cols atteints de sténose congénitale dans le but de combattre la dysménorrhée et la stérilité. Simpson, en Angleterre, avait le premier préconisé dans les cas de sténose, la section de l'orifice externe, mais c'est surtout en Amérique sous l'influence de M. Sims que les gynécologues abusèrent vraiment des interventions; au point, nous dit Pozzi, qu'il n'était nouvelle mariée tardant quelque peu à avoir un enfant, ni jeune fille ou femme souffrant au moment des règles qui ne fût justiciable d'une opération. En face de ces interventionnistes à outrance, un courant s'est dressé dont les partisans ont déclaré toutes ces opérations injustifiées, n'admettant aucune corrélation entre la malformation congénitale et la dysménorrhée compliquée si fréquemment de stérilité.

Nous devons reconnaître avec ces derniers qu'il existe incontestablement des cas où la sténose de l'orifice externe du col n'entraîne aucun trouble menstruel

mais fréquemment il arrive pourtant, qu'une intervention judicieuse sur un col sténosé fait disparaître à tout jamais la dysménorrhée et peut faciliter une grossesse désirée depuis longtemps. La plupart des gynécologues sont d'accord sur ce point et la diversité des moyens préconisés pour combattre cette malformation confirme cette opinion.

Il est, en effet, peu de lésions pour lesquelles on ait proposé autant de remèdes, depuis la simple dilatation jusqu'aux opérations sanglantes, sans omettre les nombreux modèles de tiges ou de pessaires intra-utérins.

Nous exposerons d'abord l'étude de la sténose congénitale du col avec les complications qu'elle entraîne; puis, après avoir décrit les différents procédés employés pour y remédier, nous décrirons la technique du Dr Stéphane Bonnet et les résultats personnels que nous en avons obtenus, tant au point de vue de la dysménorrhée que de la stérilité.

STÉNOSE CONGÉNITALE DU COL.

Il est une cause fréquente et rebelle de dysménorrhée chez les jeunes filles, surtout dans les villes, persistant après le mariage et se compliquant alors de stérilité; c'est la malformation caractérisée par la triade objective suivante :

a) Antéflexion exagérée et rigide de l'utérus;

b) Forme conique du col;

c) Sténose de l'orifice externe et ordinairement du canal cervical.

Cette malformation, si elle n'est toujours congénitale, s'établit à la période infantile ou pubescente, sous l'influence d'un arrêt ou d'une irrégularité de développement; elle peut intéresser tout l'arbre génital ou, dans le cas particulier, porter surtout et inégalement sur les parois antérieure et postérieure de l'utérus.

Cet état se trouve décrit dans les traités classiques, peut-être un peu confusément au chapitre des déviations et surtout à celui des métrites.

La malformation primitive peut en effet, à un moment donné, surtout dans les premières semaines du mariage, se compliquer d'infection banale ou plus sou-

vent gonococcique et c'est désormais cet élément secondaire qui domine la scène. D'autre part, et inversement, l'infection primitive peut créer, non seulement sur la muqueuse cervicale mais aussi sur le parenchyme lui-même, sur le parametrium et les ligaments, des lésions, des troubles trophiques qui aboutiront à l'allongement hypertrophique du col, à la sclérose du muscle et à l'exagération et la fixation de l'antéflexion. Et en pareil cas encore c'est l'élément inflammatoire qui domine et commande toute la thérapeutique.

Nous n'envisagerons ici que la malformation primitive isolée, en dehors de l'inflammation secondaire, ou avec état catarrhal léger et récent.

Une jeune femme se présente mariée depuis plusieurs mois, parfois plusieurs années, se plaignant de rester stérile, malgré un désir vif et croissant de maternité. Elle est souvent de tempérament un peu nerveux mais sa santé est néanmoins excellente; elle n'a fait aucune maladie grave, n'a présenté aucun incident abdominal ou pelvien. A noter, cependant, que la formation a été un peu tardive, irrégulière et difficile à s'établir. Les règles ont toujours été fort douloureuses, surtout le premier jour ou pendant les premières heures au point d'imposer le lit et les fomentations chaudes, les calmants, de provoquer des nausées, des vomissements, parfois même des syncopes. L'abondance, la périodicité, la durée de l'écoulement n'ont d'ailleurs rien de caractéristique et sont souvent normales. Quelquefois un petit caillot précède le flux régulier et son expulsion

marque une atténuation ou la fin de la crise douloureuse. Les règles terminées, tout rentre dans l'ordre.

A l'examen, le vagin, de coloration normale, est ordinairement un peu court. Au toucher, on trouve, dans l'axe ou un peu en avant de l'axe un col ferme, dur, en forme de pain de sucre, c'est-à-dire conique, presque pointu, émergeant de la voûte vaginale, à son sommet, on perçoit, en touchant légèrement de la pulpe du doigt, une petite dépression circulaire, punctiforme qui est l'orifice externe à peine accusé.

Par le palper combiné, si la paroi abdominale est assez souple et la vessie vide, on constate que le corps utérin est petit, de consistance ferme et incurvé en avant; le fond est derrière le pubis et en déprimant le cul-de-sac antérieur on sent l'incurvation résistante plus ou moins accusée allant de l'angle droit à l'angle aigu, du corps sur le col.

Les culs-de-sac sont libres, le postérieur souvent plus profond.

Cet examen ne réveille aucune douleur et les annexes sont saines.

Lorsque la malformation primitive se complique d'infection légère, celle-ci est le plus généralement d'origine gonococcique atténuée. En pareil cas, les symptômes subjectifs restent bénins ou sont peu accentués et caractérisés par quelques douleurs pelviennes. Il s'y joint objectivement, un certain degré de leucorrhée cervicale, glaireuse ou limpide, habituelle ou intermittente; la muqueuse vaginale est plus ou moins

rouge, les culs-de-sac peu profonds. Enfin et surtout, le col présente des caractères morphologiques plus accentués. Dans son ensemble, il est plus volumineux, cylindro-conique, turgescent, faisant sur la voûte vaginale une saillie en battant de cloche; la lèvre antérieure est souvent proéminente; l'orifice toujours très étroit et circonscrit par la muqueuse endocervicale exubérante laisse sourdre, sous la pression des valves, une goutte de mucus.

Le toucher et le palper combinés donnent à peu près les mêmes renseignements et provoquent une certaine sensibilité au niveau du fond de l'utérus, qui est ordinairement plus mou, ainsi qu'au niveau des annexes.

Tels sont les deux aspects schématiques sous lesquels se présente la lésion chez les jeunes femmes, dysménorrhéiques et stériles, suivant qu'on se trouve en présence d'une malformation primitive simple ou compliquée de cervicite légère et plus ou moins ancienne.

Dans les cas d'inflammation beaucoup plus marquée, lorsqu'on se trouve en présence de ces cols cylindro-coniques, longs et volumineux, l'indication thérapeutique est triple : guérir la cervicite, supprimer l'excès de tissus et corriger l'étroitesse du col, en lui donnant une forme et des dimensions adaptées à sa fonction. A cette triple indication, répondent, suivant les cas, l'amputation à deux lambeaux de Simon et Marckwald ou mieux, si le col est très volumineux, l'opération de Schroeder ou celle de Pouey.

Celles-ci doivent être précédées du traitement de la cervicite, d'une dilatation progressive destinée à redresser l'angle de flexion et accompagnées d'une excision assez haute de la muqueuse cervicale.

Mais dans les cas de malformation pure ou avec léger catarrhe, sans hypertrophie, avec un col sténosé conique plutôt atrophique, ces opérations relativement larges ne sont pas pratiquement possibles.

C'est dans le triple but de redresser la flexion de l'organe, de perméabiliser le canal cervico-utérin et d'élargir l'orifice externe qu'on a imaginé les divers procédés que nous allons examiner.

On a d'abord pratiqué la dilatation soit lente et progressive à l'aide de laminaires, suivie ou non de la dilatation intra-utérine prolongée aux lanières de gaze; soit immédiate et sous anesthésie au moyen de bougies de Hégar; soit brusque à l'aide de dilatateurs ad hoc (Sims, Ellinger, Collin...).

Dans d'autres cas, on a utilisé des pessaires intra-utérins ou des tubes rigides laissés à demeure durant un temps plus ou moins long.

Depuis Simpson et surtout Sims, on pratique la discision bilatérale du col, au moyen de ciseaux bistouris ou d'instruments spéciaux (ciseaux de Küchenmeister). Cette dernière intervention a joui, surtout à l'étranger, d'une vogue assez considérable et comme les autres moyens déjà préconisés, a donné d'heureux résultats contre la dysménorrhée et aussi la stérilité.

Malheureusement, il est bien rare, que, dans ces di-

vers procédés, l'involution qui suit la dilatation et la discision, ne remette, dans un délai plus ou moins long, les choses dans leur état antérieur; d'autre part, dans la discision telle qu'on la pratiquait, on ne pouvait guère empêcher la réunion primitive de s'effectuer, ce qui rendait l'intervention absolument illusoire.

Devant la constatation de nombreux échecs, Courty en 1883, puis Bozyssowicz en 1894 proposèrent un procédé de stomatoplastie par formation de commissures artificielles. Avant de faire la discision bilatérale, ces auteurs taillaient deux lambeaux triangulaires dont la base répondait au cul-de-sac vaginal et le sommet à l'orifice externe du col; ces deux lambeaux une fois disséqués étaient renversés en dehors. On pratiquait ensuite la discision, bilatérale du col dans l'étendue nécessaire, puis après écartement des lèvres antérieure et postérieure, on insinuait dans leur intervalle, au niveau de l'angle de section les deux lambeaux qu'on suturait ensuite.

Toujours dans le but de créer une commissure artificielle, Rosner modifia le procédé. Il pratiquait d'abord la discision bilatérale puis, après avoir taillé, sur chacune des deux moitiés de l'une des lèvres du col et parallèlement au cul-de-sac vaginal, un petit lambeau, il l'amenait par inclinaison au niveau de la commissure néo-créée et le suturait.

En 1893, Pozzi proposa un nouveau procédé de stomatoplastie qu'il appela évidement commissural du col. Cette opération, qui a donné d'excellents résul-

tats, demeure encore à l'heure actuelle l'intervention classique.

Après incision bilatérale du col, les deux valves ainsi obtenues étant écartées, l'une en haut, l'autre en bas, la cavité cervicale se montre à découvert, flanquée de chaque côté de deux surfaces avivées. Sur chacune de ces quatre surfaces étroites mais longues, on enlève un lambeau prismatique et triangulaire à l'aide de trois incisions, l'une transversale formant la base du triangle, les deux autres longitudinales en formant les deux grands côtés et allant à la rencontre les unes des autres dans la profondeur.

Quand le lambeau est enlevé, chaque face de section se présente sous la forme d'une gouttière aplatie latéralement dont il ne reste plus qu'à rapprocher les bords. On suture les bords de chaque brèche et pour régulariser la cicatrisation et augmenter la dilatation du canal cervival on peut ajouter deux points de suture, au niveau de l'angle formé par les deux lèvres du col. Une mèche de gaze est laissée en place entre les lèvres béantes.

Récemment, Daniel de Bucarest a proposé une modification à l'opération de Pozzi. Se basant sur ce fait qu'après la stomatoplastie par évidement commissural, il persistait parfois une sténose très serrée de l'orifice interne, cet auteur a eu l'idée d'étendre l'évidement jusqu'à cet orifice. La discision bilatérale est pratiquée comme dans l'opération de Pozzi, débridement de deux à trois centimètres suivant la longueur du col, plus éle-

vée en dedans qu'en dehors d'environ un centimètre, de façon à intéresser l'orifice interne. En dehors, l'incision doit s'arrêter à deux centimètres environ au-dessous de l'insertion vaginale. Au lieu d'exciser quatre petits lambeaux prismatiques sur chacun des triangles cruentés, Daniel évide non seulement l'épaisseur des quatre lèvres mais tout le tissu compris dans l'angle d'évidement, allant de l'orifice utérin à la paroi vaginale. Suture comme dans l'opération de Pozzi.

Il semble bien évident que dans ce procédé d'évidement commissural total l'orifice interne doive rester dilaté pour toujours, mais si cette dilatation supprime de façon absolue et définitive la dysménorrhée et facilite la fécondation ne peut-elle devenir un inconvénient sérieux, disons même un danger pour la gestation? Cet orifice dilaté dont on a, par un évidement poussé à fond, détruit l'équilibre musculaire, ne deviendra-t-il pas un obstacle au complet développement de l'œuf? A cet égard nous devons rapporter ici une observation due à l'obligeance du Dr P. Petit-Dutaillis qui prouve combien nos craintes peuvent être justifiées.

Il s'agit d'une femme de 30 ans jouissant d'une excellente santé et présentant une sténose congénitale du col avec antéflexion de l'organe. Stérile après plusieurs années de mariage. On pratique une stomatoplastie avec évidement commissural total qui fut suivi quelques mois après d'une grossesse. Au cours du 4e mois une fausse-couche se produisit. Le Dr Petit-Dutaillis ayant manifesté le désir d'examiner la malade si une nou-

velle grossesse se produisait ne fut pas peu surpris de constater dans le courant du 3e mois que l'orifice interne était resté tellement bien dilaté que l'œuf bombait au travers de cet orifice. Les précautions les plus minutieuses furent prises : repos absolu au lit, opium, rien n'y fit et, comme la première fois, la grossesse se termina par une fausse couche au cours du 4e mois. Il fut alors recommandé à la malade, si une nouvelle grossesse survenait, de garder, dès les premiers symptômes, un repos absolu au lit. Grâce à ces précautions, la grossesse évolua normalement jusqu'aux environs du terme, mais dans les derniers jours des hémorragies survinrent et l'examen révéla l'existence d'un placenta prœvia pour lequel on pratiqua une césarienne.

Nous ne voudrions pas, de ce cas particulier, conclure à une condamnation sans appel d'une méthode qui a fait ses preuves et compte de nombreux succès; le côté inesthétique, le « fameux bec de canard », est un grief que nous ne retiendrons pas davantage. Le gros reproche que nous faisons à ce procédé c'est sa complexité qui, en plus d'une anesthésie générale, entraînant quelques risques pour la patiente, nécessite un certain entraînement chirurgical de la part du praticien. De plus il n'est pas prouvé que la sténose de l'orifice externe s'accompagne fatalement d'une sténose de l'orifice interne. Cette sténose apparente ne peut-elle pas tenir d'une part à la flexion exagérée du corps sur le col et d'autre part à un spasme occasionné et entretenu par

l'étroitesse de l'orifice externe. Nous admettons d'autant plus volontiers cette hypothèse que nous n'avons jamais rencontré de difficulté réelle pour franchir l'isthme et que, dans un certain nombre de cas, nous avons vu le spasme de l'orifice interne naître pour ainsi dire et cesser sous nos yeux. Lorsque, après la discision terminée, nous avons voulu parfois calibrer à fond le canal cervical nous avons vu la bougie d'Hégar, qui venait de franchir sans difficulté l'orifice interne, se trouver emprisonnée par un spasme qui cédait peu après.

Le Dr Douay, après avoir modifié l'opération de Pozzi en limitant l'évidement à l'angle de section, s'est fait le promoteur d'une méthode nouvelle dont la réalisation est beaucoup plus simple. Après avoir pratiqué la discision bilatérale du col, il introduit dans le canal cervical et jusqu'au delà de l'orifice interne, un petit appareil imaginé par Iribarne, qu'il laisse en place durant toute la période intermenstruelle.

Cet appareil se compose d'un tube métallique légèrement courbé en avant, long de quatre centimètres environ présentant une série d'orifices sur toute sa longueur et terminé à son extrémité inférieure par deux valves inclinées à angle aigu sur l'axe du tube. Ces deux valves s'appliquent sur les lèvres antérieure et postérieure du col auxquelles elles peuvent être fixées à l'aide d'un fil passant dans des orifices ménagés sur chacune des deux surfaces métalliques. Grâce à ce dispositif, la réunion primitive des deux lèvres de l'incision se trouve empêchée du fait de l'interposition des deux

valves et la pénétration au delà de l'orifice interne de la tige centrale en assure une dilatation permanente.

Parmi les autres méthodes préconisées dans le même but, il nous faut citer le traitement par la diathermie (Castono, de Buenos Ayres) et les effluves de haute fréquence (Francillon et Lobre) qui aurait donné entre les mains de leurs auteurs des résultats appréciables.

Nous ne citerons que pour mémoire la cunéi-hystérectomie de Thiriar pratiquée dans le but de remédier à l'anté-flexion cervico-corporelle de l'utérus.

Le procédé que nous allons décrire a été imaginé par le Dr Stéphane Bonnet. Il est d'une exécution facile, ne nécessite aucune anesthésie et les résultats obtenus en sont des plus encourageants.

Doléris avait déjà songé en 1895 à simplifier l'opération de Pozzi, et pour remédier à la sténose congénitale du col, il se bornait à en pratiquer la discision bilatérale après une dilatation progressive à l'aide de laminaires durant deux ou trois jours. Pour empêcher l'accolement primitif de son incision, il se contentait d'interposer entre les lèvres de la plaie des lanières de gaze iodoformée qu'on renouvelait chaque jour jusqu'à ce que la cicatrisation fût obtenue. Mais malheureusement, si minutieux que fussent les soins post-opératoires, l'accolement se reproduisait tôt ou tard et les échecs étaient assez nombreux.

A cette époque, le Dr Stéphane Bonnet, alors assistant de Doléris eut l'idée de faire non pas une incision bilatérale du col mais de pratiquer une résection com-

missurale cunéiforme, la perte de substance ainsi obtenue, empêchant la réunion primitive des deux lèvres de l'incision et le col demeurant par la suite élargi et dilaté.

Après une dilatation prolongée durant deux ou trois jours, à l'aide de laminaires de calibre progressif, on excise en deux coups de ciseaux convergents, au niveau des deux commissures un coin triangulaire, à base périostiale et dont le sommet remonte plus ou moins haut, au besoin jusqu'au cul-de-sac vaginal. Le lambeau ainsi détaché a la forme d'un coin, d'une petite pyramide quadrangulaire. Les dimensions à lui donner sont commandées par la longueur du col et doivent lui être proportionnées; en moyenne la base mesure un centimètre et la hauteur de un à deux centimètres.

Après cette excision qui rompt la continuité des fibres circulaires du col, les deux lèvres sollicitées par les fibres longitudinales se disjoignent, s'écartent et, au bout de quelques semaines, le col présente une forme bilobée à grand axe transversal, analogue à celle d'un col de primipare après un accouchement normal.

L'hémorragie qui suit cette discision est insignifiante et ne nécessite l'emploi ni de ligature, ni d'aucune hémostatique. On peut, au besoin, faire un petit tamponnement des surfaces cruentées avec une mèche de gaze qui servira en même temps de pansement vaginal. Les soins consécutifs sont les mêmes qu'après n'importe quelle intervention sur le col ou un simple curettage.

Cette petite opération est d'une simplicité et d'une

innocuité absolues. La perte de substance et l'écartement des lèvres s'opposent à tout accolement et par suite à la réunion des surfaces cruentées. La cicatrisation se montre complète en trois ou quatre semaines.

En même temps, la rétraction des fibres longitudinales s'étant exercée sur les deux lèvres disjointes, le col se tasse, perd sa conicité et prend une forme normale; le nivellement du museau de tanche se produit peu à peu; bientôt on perçoit à peine au toucher l'encoche bilatérale correspondant à la perte de substance. De circulaire et punctiforme qu'il était, l'orifice du col devient transversal, infundibuliforme, semblable à un orifice cervical de primipare.

Dans les cas ordinaires cette petite intervention se fait sans anesthésie, après dilatation progressive, la section du col étant à peu près indolore.

Au point de vue obstétrical, le col ainsi traité conserve toute sa souplesse et jamais il n'a été observé ni rigidité, ni retard, ni irrégularité chez les nombreuses accouchées qui ont subi cette intervention.

La période qui semble la plus favorable pour pratiquer cette intervention correspond au 10 ou 12e jour après les règles. A ce moment après un examen gynécologique minutieux qui permet de s'assurer de l'intégrité absolue des annexes, on fait une désinfection soigneuse du vagin suivie de l'introduction de la première laminaire.

Nous n'avons pu trouver dans la littérature médicale de statistique concernant la sténose congénitale du

col mais nous sommes autorisé à penser que la moitié des cas de dysménorrhée compliquée de stérilité relève de cette malformation.

Les observations qui vont suivre ont été recueillies dans le service de gynécologie du Dr Récamier, à l'hôpital St-Michel, toutes ont trait à des cas de sténose congénitale qui ont été traités par le procédé du Dr Stéphane Bonnet. Sur un total de vingt-et-un cas, nous avons noté une disparition complète de la dysménorrhée et dans dix cas l'intervention a été suivie de grossesse dans un délai plus ou moins rapproché.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Mme B... 23 ans, mariée depuis dix mois, vient à la consultation de l'hôpital St-Michel, pour une dysménorrhée très violente qui l'oblige à garder le lit le premier jour de ses règles. Etat général excellent. Aucune maladie antérieure grave. Réglée à 14 ans, très irrégulièrement les premiers mois puis ensuite de façon normale au point de vue périodicité, a toujours souffert au moment de ses époques.

A l'examen on trouve un col petit, conique, avec un orifice punctiforme. L'utérus petit et mobile est en antéflexion très accusée; l'exploration des culs-de-sac ne dénote aucune sensibilité douloureuse du côté des annexes.

Dix jours après la cessation des règles, nous commençons la dilatation que nous poursuivons durant trois jours. Le 4e jour, nous pratiquons, sans aucune anesthésie, l'excision bilatérale cunéiforme. L'hémorragie est insignifiante. Pansement aseptique.

La malade quitte l'hôpital le 8e jour sans avoir présenté aucun incident.

Les périodes qui suivirent l'opération furent abso-

lument indolores et quatre mois après, une grossesse survint qui se termina par un accouchement normal.

Obs. II. — Mme P... 28 ans. Mariée depuis dix-huit mois, n'a été réglée qu'à 15 ans et très irrégulièrement jusqu'à 17 ans. Chaque époque depuis la formation a toujours été extrêmement douloureuse, surtout durant les premières 24 heures. Etat général excellent, à noter cependant un peu de nervosisme.

L'examen gynécologique nous montre un utérus petit, mobile, mais très antéfléchi; les culs-de-sac sont entièrement libres et indolores.

Le col est petit, de forme conique et son orifice externe admet à peine l'extrémité d'une petite sonde cannelée.

Dix jours après la fin des règles, dilatation progressive aux laminaires durant trois jours, suivie d'excision cunéiforme bilatérale du col. Tout se passe normalement et la semaine suivante la malade quitte l'hôpital.

La dysménorrhée a complètement disparu dans les époques qui suivirent et le troisième mois apparut une grossesse qui se termina sans aucune complication.

Obs. III. — Mme V... mariée depuis 5 ans. Réglée à 15 ans, assez irrégulièrement, dysménorrhée très accusée; règles peu abondantes, surtout les deux premiers jours. Pas d'antécédents pathologiques à retenir.

Comme dans les deux cas qui précédent, on trouve, à l'examen, un utérus de volume normal, mais fortement antéfléchi; le col conique est petit et l'orifice externe est à peine perceptible au toucher.

Dilatation durant trois jours, suivie de l'excision du col. Dix mois après la sortie de l'hôpital, Mme V... vint nous faire constater l'existence d'une grossesse qui se termina sans incident.

Obs. IV. — Mme J... 29 ans, mariée depuis un an. Réglée à 14 ans durant quelques mois, puis aménorrhée presque complète durant dix-huit mois; à partir de cette date, les règles se sont établies de façon définitive et constante mais ont toujours été fort douloureuses, au point d'imposer le repos absolu au lit, surtout au début.

A part cette période d'aménorrhée nous ne relevons dans le passé de la malade aucune indisposition grave.

L'examen révèle un utérus petit antéfléchi sans aucune lésion appréciable des annexes. Le col, petit et de forme conique, présente un orifice très serré.

Quelques mois après la petite intervention sur le col, Mme J... devient enceinte et après une grossesse qui évolua normalement accoucha à terme sans aucune complication.

Obs. V. — Mme G... 32 ans, mariée depuis onze ans. Réglée à 14 ans 1/2 durant quatre jours en moyenne.

L'écoulement est peu abondant, mais la douleur durant les premières heures est extrêmement pénible. Une simple dilatation faite quelques années avant amena, durant les mois qui suivirent, un certain soulagement, mais sans faire disparaître complètement la douleur.

L'examen gynécologique ne révèle aucune lésion annexielle, mais, comme dans tous les cas qui précèdent, on trouve utérus plutôt petit en antéflexion très accusée et l'orifice externe du col admet à peine l'extrémité d'un stylet.

A cause de l'extrême étroitesse de l'orifice, nous poussons à fond la dilatation avant de procéder à l'excision. L'hémorragie fut un peu plus abondante que de coutume mais céda à un tamponnement un peu serré.

Quatre mois après début de grossesse qui se termina à terme par un accouchement normal.

Obs. VI. — Mme B... 29 ans, deux ans de mariage sans aucun début de grossesse. Depuis l'âge de 14 ans, date des premières règles, la malade a toujours souffert à chaque période, surtout dans les quelques heures qui précèdent l'écoulement du sang. Ces douleurs périodiques très vives et aussi le désir d'une grossesse engagent la malade à venir consulter.

Nous trouvons, à l'examen, un utérus de volume normal mobile et très antéfléchi. Le col est petit, conique, et l'orifice externe très étroit.

Dilatation progressive suivie d'excision. Cinq mois après grossesse qui se termina de façon normale.

Obs. VII. — Mme D... 28 ans, mariée depuis trois ans. Réglée à 14 ans, l'écoulement dure cinq jours. Mais peu abondant, accompagné surtout le premier jour de douleurs très vives avec migraine et vomissements.

L'utérus et le col ne diffèrent en rien de ce que nous avons noté dans les cas précédents.

La dilatation suivie d'excision bilatérale amenèrent dans les mois suivants une disparition complète des phénomènes douloureux et au cinquième mois survint une grossesse qui se termina à terme dans les conditions les plus satisfaisantes.

Obs. VIII. — Mme G... 25 ans, mariée depuis un an. Rien d'anormal à relever dans ses antécédents. Réglée à 14 ans 1/2 durant quatre jours, peu abondamment mais l'écoulement s'accompagne durant les premières heures de douleurs tellement vives qu'on est obligé de recourir aux calmants (lavements laudanisés et suppositoires). L'utérus est antéfléchi, le col, petit, présente un orifice punctiforme. La malade accepte l'intervention qu'on lui propose. A partir de ce moment on note une disparition complète des douleurs. Quatre mois après début de grossesse qui évolue normalement.

Obs. IX. — Mme R... 30 ans. Vient consulter après trois ans de mariage pour être soulagée des douleurs

qu'elle éprouve à chacune de ses époques mais aussi dans l'espoir de trouver un remède à sa stérilité.

Réglée à 15 ans de façon presque normale en tant qu'abondance et régularité de l'écoulement mais de façon douloureuse. Pas d'antécédents pathologiques graves à noter. A l'examen on trouve un utérus mobile, petit, mais très antéfléchi : le col est petit, conique et l'orifice externe est à peine accusé.

Comme chez les précédentes et dans les mêmes conditions on pratique une dilatation progressive suivie de l'excision cunéiforme, qui en plus de la disparition complète des douleurs périodiques permet une grossesse dont l'évolution et la terminaison furent normales.

Obs. X. — Mme M. 24 ans. Etat général excellent, aucune maladie antérieure grave. Les règles sont apparues à 14 ans 1 /2 d'abord très irrégulières pour s'établir de façon définitive et périodique à 16 ans. Mariée à 22 ans. Les phénomènes douloureux ont été constants depuis l'apparition des règles jusqu'à cette époque. A suivi durant six mois un traitement par l'électricité (?) qui n'a modifié en rien le caractère douloureux des périodes menstruelles.

L'examen de l'utérus révèle une antéflexion accusée de l'organe qui est de volume normal et mobile. Les culs-de-sac sont libres et leur exploration ne réveille aucune douleur. Le col est petit, de forme conique et l'orifice est punctiforme.

L'excision bilatérale précédée d'une dilatation habituelle fait disparaître toute douleur au moment des règles qui suivirent. Grossesse cinq mois après, accouchement normal.

***

Nous n'avons cité parmi nos observations que les cas d'intervention qui ont été suivis de grossesse (soit 10 cas sur 21); mais toutes se rapportent à des femmes jeunes, mariées depuis plus ou moins longtemps et qui dès l'époque de la formation présentaient des douleurs dysménorrhéiques d'intensité variable. Le résultat, au point de vue douleur, a, dans tous les cas, été absolument probant et l'opération sur le col a fait disparaître la dysménorrhée. Cela tend à prouver que la sténose congénitale du col est bien souvent la cause unique de ces troubles et qu'il suffit d'une dilatation suivie d'une excision bilatérale pour la faire disparaître.

Dans ces 21 observations, il s'agissait nous le répétons de femmes jeunes, chez lesquelles on ne relevait aucun antécédent pathologique abdominal ou pelvien.

On a noté des cas où la sténose du col n'entraînait aucun symptôme douloureux périodique, l'accord est unanime sur ce point; mais par contre on rencontre aussi des femmes présentant un col largement ouvert et qui souffrent cependant de dysménorrhée. C'est que ce symptôme peut relever de causes diverses et c'est ce qu'a bien établi H. Violet dans l'étude qu'il en a faite.

Après avoir examiné les dysménorrhées d'ordre congénital liées à une sténose ou à une hypoplasie, l'auteur mentionne les dysménorrhées acquises qui relèvent pour la plupart des lésions des annexes ou du paramètre; pour d'autres auteurs il s'agirait dans ces cas de douglassites anciennes et ignorées ou de cellulites consécutives à des affections antérieures. Nous n'entrerons pas dans le détail des opérations pratiquées avec des résultats plus ou moins probants, nous bornant simplement à les signaler. Nous devons mentionner également les sympathectomies pratiquées sur les artères hypogastrique et ovarienne par Cotte et surtout Leriche qui ont été suivies de guérison dans certains cas de dysménorrhée.

En dehors de ces causes que nous venons de mentionner, il en existe d'autres, non moins importantes, sur lesquelles l'accord est loin d'être fait. Nous voulons parler des insuffisances glandulaires. Pour certains gynécologues même le système endocrinien seul serait en cause et dysménorrhée et stérilité ne seraient justiciables que d'un traitement opothérapique approprié.

Ce qui vient d'être dit des dysménorrhées peut se rapporter également à la stérilité dont les lois mystérieuses encore nous échappent pour la plupart.

Mais il n'en est pas moins vrai que dans la moitié des cas de dysménorrhée et de stérilité, la lésion congénitale est en cause et doit être traitée d'abord, quitte à associer au traitement chirurgical la médication opothérapique. Si, avec Engellmann, on admet que

10 % des mariages sont stériles, sur lesquels 1/5e seulement peut être attribuable au mari, les résultats que nous avons obtenus nous permettent de supposer que la moitié des cas qui restent reconnaissent pour cause une sténose congénitale du col.

Notre statistique se rapproche du reste des résultats obtenus par le Dr Stéphane Bonnet qui sur environ deux cents cas traités par sa méthode a obtenu 50 % de succès au point de vue de la stérilité et dans tous les cas ou presque a constaté la disparition de la dysménorrhée. C'est aussi le même pourcentage qu'à obtenu le Dr P. Petit-Dutaillis, tant dans sa clientèle privée que dans son service hospitalier.

Nous ajouterons pour terminer que dans tous les cas où cette intervention fut suivie de grossesse, on n'eut au point de vue obstétrical à noter le plus léger incident, le col ayant conservé toute sa souplesse.

CONCLUSIONS

I. La sténose congénitale du col se caractérise objectivement par la forme conique du col, l'étroitesse de l'orifice externe et l'antéflexion exagérée du corps sur le col.

II. Cette malformation est une cause très fréquente de dysménorrhée et se complique presque toujours de stérilité.

II. Dans la sténose congénitale vraie la lésion principale porte sur l'orifice externe; l'obstacle que présente l'orifice interne provient soit d'un spasme soit de l'antéflexion exagérée du corps utérin sur le col.

IV. Des différents procédés préconisés pour traiter la sténose congénitale du col, les uns sont insuffisants (dilatation extemporanée ou progressive); les autres (stomatoplastie par évidement commissural partiel ou total) dépassent le but à atteindre et peuvent avoir des conséquences fâcheuses au point de vue de la gestation.

V. L'excision cunéiforme bilatérale du col assure une dilatation suffisante et durable de l'orifice externe et les résultats obtenus tant au point de vue de la dysménorrhée que de la stérilité sont des plus encourageants.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

Bandler. — Stérilité féminine et glandes endocrines. (*New-York medical*, 1922).

Batuaud. — La stérilité féminine, ses causes. Son traitement (1922).

Bloch Wormser et **Roulland.** — Exploration de la perméabilité des trompes par l'insufflation (*Gynécologie*, 1924).

Boryssowicz. — Traitement de la sténose congénitale du col. (*Monod et Vanveris*).

Castono. — Traitement de la stérilité par la diathermie.

Cotte. — La sympathectomie hypogastrique a-t-elle sa place dans la thérapeutique gynécologique? (*Presse médicale* juin 1925).

Courty. — Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes.

Dalché. — Leçons cliniques et thérapeutiques sur les maladies des femmes.

Douay. — Obstétrique et gynécologie, 1924.

Hugon. — La stérilité féminine : son traitement par les agents physiques.

Daniel.— Modification à l'opération de Pozzi (stomatoplastie par évidement commissural total). (*Gynécologie*, 1925).

Francillon, Lobre et **Rouche.** — De l'emploi des effluves de haute fréquence dans la sténose du col compliquée de cervicite. (*Bulletin médical*, juin 1925).

Kehrer. — Nature et traitement de la stérilité de la femme. (*Gynécologie*, 1922).

Leriche. — Résultats de la sympathectomie faite sur les artères hypogastrique et ovarienne en gynécologie (1925, *Presse médicale*).

Livet (J.). — Nouveau procédé d'évidement du col de l'utérus (*Anjou médical*, 1897).

Monod et **Vanverts**. — Traité de technique opératoire.

Petit-Dutaillis (P.). — Efficacité d'une microexcision cunéiforme, bilatérale du col sans sutures pour le traitement de la dysménorrhée et de la stérilité liées aux malformations congénitales de l'utérus. (*Gynécologie*, juillet 1925).

Pozzy. — Nouvelle opération applicable à la sténose congénitale du col de l'utérus. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1893. — *Annales de Gynécologie et d'Obst.*).

Rossner. — Traitement de la sténose congénitale du col par la création de commissures artificielles (*Monod et Vanvers*).

Solomons. — Traitement de la stérilité (*Irish journal of medical science*, 1922).

Violet (H.). — Traitement de quelques cas de dysménorrhée grave. (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1924).